VII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 162)
z dnia 27 listopada 2014 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 162)

27 listopada 2014 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie informacji na temat chorób urologicznych.

W posiedzeniu udział wzięli: **Igor Radziewicz-Winnicki** podsekretarz stanu Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Krzysztof Tuczapski** zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Lech Rejnus** doradca w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Dorota Łuksza** specjalista w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Elżbieta Puacz** prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, **Anna Sarbak** prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti", **Zbigniew Wolski** prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego wraz ze współpracownikami, **Joanna Zabielska-Cieciuch** ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie" oraz lobbystka **Anna Kadzikiewicz** z Viewpoint Group.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** oraz **Maria Taurogińska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Witam państwa bardzo serdecznie. W dniu dzisiejszym będziemy mieć dwa posiedzenia Komisji, z krótką pewnie przerwą między jednym a drugim. Na tym pierwszym posiedzeniu Komisji będziemy rozpatrywać informację na temat chorób urologicznych.

Czy są uwagi do porządku obrad? Nie widzę zgłoszeń. Jeszcze raz, w takim razie – przepraszam, że w takiej kolejności – witam serdecznie panie i panów posłów. Witam serdecznie pana ministra ze współpracownikami, wszystkich zaproszonych gości i, panie ministrze, oddaję panu głos. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Igor Radziewicz-Winnicki:

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, nie wiem, panie przewodniczący, jaką formułę miałoby przybrać to spotkanie, bo wiem z dyskusji przed spotkaniem, że środowisko urologów ma konkretne postulaty i pytania, mniemam, że przede wszystkim do prezesa NFZ. Minister zdrowia, w związku z tym posiedzeniem Komisji Zdrowia przygotował, zgodnie z prośbą pana przewodniczącego, informację na temat chorób urologicznych dość przekrojową, bo Wysoka Komisji nie udzieliła szczegółowych wskazówek, jak ten materiał ma wyglądać. Dlatego pozwoliłem sobie, w imieniu Ministra Zdrowia, przedstawić krótki wstęp dotyczący sytuacji epidemiologicznej, zasobów kadrowych, funkcjonowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, ponieważ pan zwrócił się do mnie z pytaniem, to mogę zaproponować – jeżeli również koleżanki i koledzy z Komisji na to pozwolą – przyjęcie troszkę innej kolejności niż do tej pory zawsze to było stosowane. Czyli, proponowałbym, aby pan minister krótko wprowadził nas w temat, a następnie oddalibyśmy głos zaproszonym gościom, po czym przeprowadzilibyśmy dyskusję. Myślę, że taka kolejność spowoduje, że dyskusja będzie bardziej merytoryczna. Tak więc, panie ministrze, bardzo proszę o krótkie wprowadzenie, a później poproszę o zabranie głosu zaproszonych gości.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Bardzo dziękuję. W takim razie, krótko. Szacuje się, że 3-5% konsultacji udzielanych w podstawowej opiece zdrowotnej dotyczy schorzeń urologicznych. To oznacza, że każdy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może przeznaczać od 1 do 2 godzin tygodniowo

pacjentom z głównym problemem zdrowotnym natury urologicznej. Miejmy świadomość tego, że w związku z czynnikami demograficznymi, głównie starzeniem się populacji, nowotwory układu moczowo-płciowego stają się coraz ważniejszym uczestnikiem chorobowości w polskiej onkologii. Na dzisiaj, co szósty diagnozowany nowotwór złośliwy jest rakiem wywodzącym się z układu moczowo-płciowego. Mamy świadomość tego, że szczególnie rak stercza jest tym problemem zdrowotnym, który w przyszłości będzie narastać. A szacujemy, że w Polsce liczba osób w wieku powyżej 65 roku życia, które odczuwają dolegliwości ze strony dolnych dróg moczowych sugerujące występowanie choćby łagodnego przerostu gruczołu krokowego, to nawet 2 mln osób.

W kraju mamy 1284 lekarzy specjalistów w dziedzinie urologii, 52 specjalistów w dziedzinie urologii dziecięcej – to jest stosunkowo młoda dyscyplina naukowa, która rozwija się bardzo intensywnie. Do prowadzenia specjalizacji urologicznej uprawnione są 92 jednostki posiadające akredytację, które dysponują 347 miejscami specjalizacyjnymi, przy czym warto dodać, że w związku z reformą systemu kształcenia w zeszłym roku zmieniono programy kształcenia. Skrócono czas uzyskiwania samodzielności zawodowej specjalistów, także z dziedziny urologii, i nieco zmieniono wymogi – minimum wymagań dotyczących jakości miejsc akredytacyjnych z intencją umożliwienia specjalizowania się w większej liczbie jednostek realizujących na co dzień świadczenia z zakresu urologii.

W zakresie urologii dziecięcej do prowadzenia specjalizacji uprawnionych jest obecnie 7 jednostek, które posiadają akredytację. Dysponują one 22 miejscami specjalizacyjnymi, natomiast staże kierunkowe są realizowane w 4 ośrodkach dysponujących 12 miejscami specjalizacyjnymi.

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej świadczenia gwarantowane w zakresie urologii zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W części 4 „Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku badań diagnostycznych" zapisane są przede wszystkim świadczenia ultrasonograficzne z wykazem badań, które w szczegółowym materiale przedstawiono Wysokiej Komisji, świadczenia radiologiczne, świadczenia z zakresu tomografii komputerowej i medycyny nuklearnej oraz inne świadczenia diagnostyczne określone poszczególnymi kodami ICD-9.

Wartość umów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w poradniach urologicznych w latach 2010-2014, w podziale na poszczególne województwa, przedstawił Wysokiej Komisji minister zdrowia w tym krótkim opracowaniu. Widać wyraźny wzrost nakładów z kwoty 110 mln zł do kwoty 150 mln zł od roku 2010 do roku 2014. Widać wyraźny progres w poziomie finansowania świadczeń w tym zakresie. Analizie poddano również liczbę osób oczekujących i średni rzeczywisty czas oczekiwania do poradni urologicznych i poradni urologicznych dla dzieci. Przypadki pilne – w sierpniu 2014 r. łączna liczba osób oczekujących 979, natomiast liczba osób skreślonych z listy z powodu wykonania świadczenia w okresie sprawozdawczym wydaje się być wyższa niż w innych dziedzinach medycyny.

W odniesieniu do porad urologicznych dla dzieci, ten okres oczekiwania w przypadkach pilnych jest bardzo nieistotny. W przypadkach stabilnych tego nie analizuję, bo jak Wysoka Izba wie, wprowadzane w tej chwili pakiety onkologiczny i kolejkowy reformułują sposób analizowania liczby osób oczekujących jako przypadków stabilnych. Mianowicie, dzisiejszy system nie odróżnia pacjentów, którzy z powodów terapii i harmonogramu udzielania świadczeń mają wyznaczony termin kontrolnej wizyty i zalicza je do przypadków oczekujących w kolejce. Jest to niezgodne ze stanem faktycznym i nie odzwierciedla rzeczywistego czasu oczekiwania na poradę pierwszorazową, której dzisiaj system nie wyróżnia, a będzie wyróżniać dopiero po pełnym wdrożeniu pakietów.

Jeśli pan przewodniczący pozwoli, nie będę cytować wielkości kontraktów, bo myślę, że we wszystkich zakresach widać, że są one wzrastające. Chętnie oddam się dyskusji i odpowiem na te pytania, które zapewne pojawią się w dalszym toku dzisiejszego procedowania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Teraz bardzo bym prosił o zabranie głosu konsultanta krajowego, pana prof. Sosnowskiego. Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie urologii Marek Sosnowski:

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, szanowny panie przewodniczący, w imieniu naszego środowiska bardzo dziękuję za zajęcie się sprawą urologii w tym roku. Chcę państwa poinformować, że to jest trzecie posiedzenie parlamentarzystów poświęcone urologii. To znaczy, że głosy pacjentów i środowisk pacjenckich oraz nasze, z powodu problemów próbują dotrzeć do tego miejsca, które jest właściwe – do parlamentu.

W marcu mieliśmy spotkanie na posiedzeniu Komisji Zdrowia Senatu, kiedy przewodniczący i cała Komisja życzliwie ustosunkowali się do naszych postulatów i wniosków związanych z trudnościami – przede wszystkim chodzi nam o trudności finansowe – które chcieliśmy państwu przekazać, bo one są kołem napędowym tych trudności, które w naszej specjalizacji i w naszym środowisku zaczynają się uwypuklać. O co mi chodzi? O to, że punktem wyjścia naszych trudności była decyzja prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w 2013 r. o kilkukrotnej przecenie tysięcy badań diagnostycznych w chorobach nowotworowych. Chodzi o cystoskopię, biopsję stercza... Ta decyzja polegała na przeniesieniu tych procedur do poradni urologicznych. My oczywiście nie negowaliśmy słuszności decyzji, żeby zmniejszyć koszty finansowania tych procedur, tylko dziwiliśmy się, że skoro zaletą wprowadzenia procedur JPG były procedury jednego dnia i robienie badań diagnostycznych w ramach krótkich, jednodniowych wizyt w szpitalu, to później podjęto decyzję, żeby je przenieść do szpitali, do specjalistycznych poradni urologicznych.

Do tego doszła ta przecena, ale, niestety, na tym nie skończyła się działalność Narodowego Funduszu Zdrowia i pani prezes nakazała w następnym roku kontrole, które odbyły się w tym roku w 56 szpitalach, gdzie są oddziały urologii. Na podstawie tych kontroli zakwestionowano finansowanie procedur diagnostycznych. W tej chwili suma zakwestionowanych w tej kontroli procedur wynosi ponad 4 mln, a dodatkowo nałożono kary na ordynatorów, którzy robili badania diagnostyczne w oddziałach urologicznych. Po przecenie tych procedur w szpitalach, zaczęliśmy oczywiście je przenosić i starać się robić to w poradniach, ale to wymaga dużego wkładu finansowego, bo trzeba zakupić sprzęt diagnostyczny, endoskopy, ultrasonografy. To wymaga czasu, przystosowania obiektów. Poradnie urologiczne nie były do tego przygotowane. My to sygnalizowaliśmy panu prezesowi NFZ. Niestety, jak wiemy, pan prezes Pakulski już nie pracuje, i to nie zostało uwzględnione.

To jedna część problemów finansowych – badania diagnostyczne. Powoli przygotowujemy się do tych badań w poradniach urologicznych i próbujemy za te niskie wyceny je robić. Cały problem, proszę państwa, tkwi w wycenie procedur finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Uważamy, że wiele procedur urologicznych, onkologicznych – a onkologia stanowi 40-50% naszej działalności, jak wynika z tego, co mówił pan minister... Co szósty pacjent onkologiczny jest diagnozowany jako pierwszy pacjent przez jedną specjalność, a co czwarty mężczyzna w Polsce jest diagnozowany i leczony przez urologów. Wobec tego, nasza diagnostyka jest oparta na dobrych zasadach, ale obawiamy się, że z powodu niedofinansowania dyrekcje szpitali, a również spółek itd., będą jednak strać się, niestety, stopniowo wycofywać te procedury, które przynoszą duże straty.

Jaki jest problem na dzisiaj? Na spotkaniu konsultantów wojewódzkich 17 listopada, które zorganizowałem jako konsultant krajowy, koledzy relacjonowali mi, że 80% oddziałów jest zadłużonych w granicach od 300 do 2 mln zł. Duże jednostki, duże szpitale mają duże zadłużenia. I wszyscy wskazali jeden problem – żeby przedyskutować z Narodowym Funduszem Zdrowia uczciwą wycenę procedur. Na przykład, dla mnie niezrozumiała jest ostatnia decyzja prezesa Funduszu, aby wycena jednej procedury, nefrektomii guzowej, która do tej pory wynosiła 150 punktów, od przyszłego roku była obniżona do 130 punktów – taka jest propozycja. Czyli, znów jest przecena, a jeżeli usuwamy 6 tys. nerek nowotworowych, to proszę wyliczyć, ile wszyscy na tym stracimy.

Za tym złym finansowaniem... Oczywiście nie ma również wsparcia procedur nowoczesnych, typu laparoskopia, popierania endoskopowych nieinwazyjnych procedur, które

moglibyśmy rozwijać, że już nie wspomnę o robotach da Vinci. Pan minister obiecuje, że ta procedura może w przyszłym roku wejdzie do dyskusji – jest w tej chwili w AOTM. Jednak, to nie jest problem. Operacja robotem to nie jest problem. Ja mówię o zwykłych laparoskopowych zabiegach, które jednak... Procedury ISO są w szpitalach. Wszystkie materiały do laparoskopii muszą być jednorazowe. Nie wolno nam resterylizować. Cały sprzęt laparoskopowy jest produkcji albo japońskiej, albo niemieckiej, a ceny za tę procedurę są na poziomie polskim. Jeżeli porównamy, że operacja prostatektomii kosztuje 7,5 tys. u nas, a za granicą 12 tys. euro, to oni mogą sobie kupić w Niemczech porządny sprzęt – wymiana, itd. – i rozwijać się. Ta zła wycena powoduje, że... Mam sygnały, na przykład, że już dwie spółki podjęły decyzję o rozwiązaniu oddziałów urologii. Nie mówię, że upadniemy dzisiaj, jutro. Jako konsultant myślę o przyszłości – co będzie za 4-5 lat, jaka będzie samodzielna decyzja dyrekcji szpitali, rektorów, przy ciągłych stratach przynoszonych przez oddziały.

Drugi problem, to szkolenie. Otóż, pani premier wspomniała, że chcieliby, żebyśmy szkolili więcej specjalistów. My też byśmy chcieli więcej szkolić, ale nikt nie powiedział, żeby, na przykład, Ministerstwo zaleciło NFZ prostą sprawę – przy przydzielaniu kontraktu proszę wziąć pod uwagę, czy dany ośrodek kształci rezydentów, czy nie. To jest istotne, bo według naszego nowoczesnego programu urologii, europejskiego egzaminu, który zdają nasi urolodzy, jesteśmy zobowiązani kształcąc ich do wykonania około 300 zabiegów w ciągu sześciu lat. Jeżeli więc dany ośrodek nie będzie mieć odpowiedniego kontraktu, to ci koledzy nie będą mogli kształcić urologów. Wobec tego, są to naczynia połączone, a nie zawsze idzie za tym decyzja o przydzielaniu kontraktu dużym ośrodkom.

Czyli, mój ogólny wniosek. Przekażę państwu liczby procedur, na przykład, ile wykonujemy procedur zabiegowych prostych elektroresekcji prostaty, łagodnego rozrostu stercza w Polsce – 21 tys., czy zabiegów w kamicy i innych chorobach, jak nietrzymanie moczu – 16.400... W samym nietrzymaniu moczu tylko 1400 zabiegów – tę część przejmują już ginekolodzy, bo my musimy zająć się onkologią. Oczywiście, nie mówię o 38 tys. zabiegów procedur onkologicznych. Jest to więc naprawdę bardzo duża liczba i każde drobne przesunięcie o 3-4 punkty, o kilkadziesiąt złotych, powoduje milionowe straty w oddziałach, które zaczynają ledwo wiązać koniec z końcem. My nie możemy w oddziałach zaplanować zakupów na przyszłe lata. Nie możemy dyskutować o rozwoju, o zakupie specjalnych kamer itd. do kształcenia, bo dyskusja z dyrektorami szpitali zaczyna się od tego, ile przynosimy długu w danej specjalności, ile dany oddział przynosi korzyści i strat.

Chcielibyśmy więc zasygnalizować, aby można było, albo, żeby pan minister w przyszłym roku zdecydował się wziąć to pod uwagę, jeżeli będą przysyłane do Agencji Taryfikacji następne oceny, wyceny procedur – bo tak jest w nowej ustawie, że tylko Agencja Taryfikacji będzie mogła ocenić – żeby procedury urologiczne, które wskaże konsultant krajowy trafiły jako pierwsze do oceny. Tyle z mojej strony krótko, na wstępie. Być może, jeszcze koledzy urolodzy, którzy tu są, będą chcieli coś uzupełnić.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję, panie profesorze. Chciałbym prosić pana prof. Wolskiego, prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego o zabranie głosu. Prosiłbym też o odniesienie się w głosach, które teraz państwo będą zabierać, do nowej rzeczywistości. To częściowo wybrzmiało w tym, co powiedział pan profesor – od 1 stycznia będą realizowane pakiety onkologiczny i kolejkowy. Powiem tak – obniżenia stawek punktowych i te problemy, o których pan profesor mówił, stoją niejako w sprzeczności z tym, co ma wynikać z tych pakietów. Warto byłoby, abyśmy to usłyszeli na wstępie dyskusji, w tym wprowadzeniu, które państwo robią. Bardzo proszę, panie profesorze.

Prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego Zbigniew Wolski:

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie przewodniczący Komisji, szanowne panie posłanki i panowie posłowie, panie ministrze, serdecznie dziękuję za zorganizowanie tego specjalnego posiedzenia Komisji Zdrowia poświęconego sprawom urologii, a dokładnie problemom rozpoznania i leczenia pacjentów z chorobami układu moczowo-płciowego. Dziękuję za zaproszenie mnie jako przedstawiciela Polskiego Towarzystwa Urologicznego, reprezentującego, zgodnie z naszym statutem, całe środowisko urologiczne, ale również

pacjentów, bo współpracując bardzo ściśle z organizacjami pacjenckimi reprezentujemy również naszych pacjentów. Dziękuję państwu i panu przewodniczącemu, za zauważenie problemów naszych chorych, a tym samym i nasze problemy, bo przecież jesteśmy częścią społeczeństwa, które może przecież zachorować.

Panie przewodniczący, a zwłaszcza panie ministrze, szanowni państwo, sytuacja w urologii w oddziałach i klinikach uniwersyteckich oraz poradniach może jeszcze nie jest tragiczna, ale zbliża się do poziomu krytycznego – podkreślam, krytycznego – wobec niedostatecznego finansowania procedur diagnostycznych i leczniczych w chorobach narządów układu moczowo-płciowego, wykonywanych u naszych chorych. Zwracam na to uwagę zwłaszcza w kontekście nowego pakietu onkologicznego – o czym powiedział pan przewodniczący – który będzie nas obowiązywać od 1 stycznia. Proszę zwrócić uwagę na to, że co czwarty mężczyzna z chorobą nowotworową złośliwą jest diagnozowany i leczony w oddziałach czy klinikach urologii, bo taka jest częstość występowania tych chorych nie tylko w Europie, ale i w Polsce.

Menadżerowie, dyrektorzy wymagają od nas skupienia się głównie na procedurach, które są odpowiednio wycenione. Jest ich niewiele. Zatem, nie kierują się potrzebami zdrowotnymi naszego społeczeństwa, a tylko rachunkiem ekonomicznym. Wobec takich problemów finansowych szpitali... Czy mogę od razu odpowiedzieć na te pytania, które państwo chcą zadać? Przepraszam. Myślałem, że jakieś pytanie pani zadała. Wobec takich problemów finansowych naszych szpitali, zwłaszcza uniwersyteckich, można spodziewać się ograniczenia działań leczniczych w tych oddziałach i klinikach, a wobec dalszego słabszego ich finansowania możliwe jest nawet ich zamykanie. W porównaniu z innymi specjalnościami, nasze procedury – nasze, to znaczy, urologiczne, dotyczące naszych pacjentów – są znacznie słabiej wycenione, chociaż problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa będą wzrastać. Proszę zauważyć, że – tak jak powiedział pan minister – rozrost łagodny stercza będzie dotyczyć większości mężczyzn około 70 roku życia, a możliwość zachorowania na raka stercza wynosi aż 16%, również w Polsce. Połowa kobiet w wieku około 60 lat cierpi na różne formy nietrzymania moczu.

Dlaczego nastąpił kryzys finansowania urologii? Ponieważ od kilku lat następuje systematyczny spadek wyceny procedur. Część została przeniesiona – co rozumiemy – do poradni, ale bez przekazania poradniom odpowiedniego finansowania. Niezrozumiała też jest wycena procedur podobnych, które są wykonywane w innych specjalnościach medycyny. Na przykład, cystoskopia w porównaniu z kolonoskopią jest dwu-trzykrotnie lepiej wyceniona. Te same procedury – na przykład, wycięcie nowotworu nadnercza, które bardzo często wykonują urolodzy – w oddziałach chirurgicznych są wycenione dwukrotnie lepiej. Nie jest to zrozumiałe. To wymaga korekty i sprawiedliwego podziału pieniędzy na te procedury.

Rozdrobnienie finansowe, czyli przekazywanie pieniędzy w niektórych procedurach do oddziałów chirurgicznych, powoduje zubożenie oddziałów urologii i szpitali. Jest to szkodliwe dla pacjentów – podkreślam. Mamy zupełnie inne procedury i standardy wykonywania niektórych operacji. I tak, częściowe wycięcie nerki, które jest w tej chwili propagowane, jest standardowym postępowaniem w raku nerki, a chirurdzy oferują nefrektomię – znamy przykład z mediów, czym to się skończyło. Wszystko to składa się na niedofinansowanie oddziałów i klinik urologii mniej więcej od kilkunastu do kilkudziesięciu procent w skali rocznej, a przecież czekają nas nowe wyzwania związane z pakietem onkologicznym. Powinniśmy się skupić również na finansowaniu procedur w poradniach urologicznych pełnoprofilowych, co zostało nam obiecane w rozmowach z Narodowym Funduszem Zdrowia. Nadal większość poradni to poradnie „długopisowe", które wystawiają recepty i skierowania do szpitali na badania, zamiast wykonywać te badania w naszych poradniach.

Szanowni państwo, szanowne panie posłanki i panowie posłowie, panie przewodniczący, panie ministrze, rozwiązanie problemów zdrowotnych naszych rodaków – i przecież nas samych – oraz odpowiednie leczenie powinny być zgodne z najlepszymi standardami, do czego zobowiązuje nas Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Rozwiązania tych problemów powinny zawsze przebiegać ponad podziałami politycznymi. Apeluję więc, i proszę w imieniu naszych pacjentów oraz nas samych – bo przecież każdy z nas może

zachorować – o pochylenie się nad tymi problemami i udzielenie nam pomocy w rozwiązaniu bardzo trudnych problemów, które mogą niedobrze skończyć się dla naszych pacjentów, a zwłaszcza dla oddziałów i klinik urologii, których działalność będzie ograniczana albo nawet będą likwidowane. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję, panie profesorze, panie prezesie...

Prezes PTU Zbigniew Wolski:

Chciałbym jeszcze powiedzieć jedną rzecz. Polskie Towarzystwo Urologiczne przygotowało raport „Urologia dla zdrowia Polaków. Wyzwania i potrzeby". Chciałbym złożyć ten raport na ręce pana i pana ministra, jako dowód zainteresowania naszego środowiska i zrozumienia tych potrzeb, które są również przedstawiane przez Ministerstwo Zdrowia czy Narodowy Fundusz Zdrowia. My się cieszymy, że pakiet urologiczny wchodzi, ale musimy mieć nie tylko motywy finansowe, ale i możliwości realizacji tych słusznych założeń w szybkim rozpoznawaniu i leczeniu chorób nowotworowych. A jeszcze raz podkreślam, co czwarty mężczyzna choruje na chorobę nowotworową złośliwą, którą leczą i diagnozują urolodzy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Czy pan prof. Zieliński chciałby zabrać głos teraz? Bardzo proszę.

Członek Zarządu PTU Henryk Zieliński:

Panie przewodniczący, panie posłanki, panowie posłowie, panie ministrze, dla zobrazowania – nie chciałbym przedłużać naszych tu wystąpień – przytoczę tylko kilka liczb, które być może pozwolą państwu spojrzeć na te nasze problemy trochę inaczej.

Do podstawowych zabiegów diagnostycznych w urologii należą cystoskopia, biopsja stercza. Są też zabiegi, które wykonywane są w dużej liczbie, na przykład, kruszenie kamieni falą generowaną pozaustrojowo. Te procedury wpływają na wynik finansowy, szczególnie oddziałów w dużych szpitalach uniwersyteckich, w dużych oddziałach wielospecjalistycznych, gdzie koszty wykonywania tych procedur są zdecydowanie wyższe. Co stało się w ciągu kilku lat, że ceny procedur w urologii zostały tak drastycznie zmniejszone? Podam przykład.

Cystoskopia – w 2010 r. jej wartość była oceniana na 1200 punktów, w 2012 już 1000 – przepraszam, podaję to w złotówkach, żeby państwo łatwiej to mogli sprawdzić – natomiast w latach 2013 i 2014 nastąpił drastyczny spadek do 300 zł. Teraz, po przeniesieniu tych procedur do poradni, a więc do leczenia ambulatoryjnego, ta wartość wynosi już tylko 192 zł. Czyli, proszę państwa, o ponad 500% spadła wycena wartości tych procedur.

Druga procedura, biopsja stercza. W 2010 r. było 30 pkt, czyli 1500 zł. Obecnie w szpitalu, w ramach hospitalizacji 1150 zł, ale, jeśli ten zabieg wykonamy w ambulatorium, to będzie on wyceniony na kwotę około 670 zł. To samo dotyczy kruszenia kamieni. W przypadku hospitalizacji 936 zł, natomiast w poradni 672 zł. Zatem, od kilkuset do kilkudziesięciu procedur... Wycena wszystkich tych procedur została obniżona. Tak więc, w oddziałach, które prowadzą szeroką diagnostykę i intensywne leczenie, spadek wpływów z tego tytułu wynosi 30-40% i naprawdę nie da się zbilansować, a w momencie, kiedy będzie wchodzić karta onkologiczna, te wyniki finansowe będą zdecydowanie większe.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Bardzo proszę... Jeszcze bardzo proszę, przepraszam najmocniej.

Konsultant krajowy w dziedzinie urologii dziecięcej Tomasz Koszutski:

Koszutski. Jestem konsultantem krajowym w dziedzinie urologii dziecięcej i chciałem przypomnieć państwu...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę, panie profesorze i przepraszam najmocniej...

Konsultant krajowy w dziedzinie urologii dziecięcej Tomasz Koszutski:

... że jest taka działka. Moim celem jest to, żeby powiedzieć, że urologia dziecięca to nie jest miniatura urologii dla dorosłych. To jest zupełnie inny typ schorzeń. Ja wiem, że pan przewodniczący zapomniał o mnie, ale, niestety, tak się dzieje na ogół, bardzo często...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo przepraszam, panie profesorze...

Konsultant krajowy w dziedzinie urologii dziecięcej Tomasz Koszutski:

Rozumiem. Chciałbym powiedzieć, że jest to głównie urologia zajmująca się rekonstrukcją układu moczowego i leczeniem zaburzeń czynnościowych układu moczowego. Proszę pamiętać, że wady układu moczowego to najczęstsze wady wrodzone. One są częstsze od wad ośrodkowego układu nerwowego i częstsze od wad układu krążenia. Oczywiście, nie wszystkie wymagają leczenia, ale około 2% prenatalnie stwierdzonych wad u dzieci dotyczy układu moczowego, a nawet nerek, bo nie tylko układu moczowego.

Zwracam państwa uwagę na to, że jest to bardzo ważna dziedzina. Oczywiście, jeżeli mówimy o nowotworach u dorosłych, które – jak wcześniej powiedzieli panowie profesorowie – stanowią duży problem, to u dzieci nowotwory układu moczowego też istnieją. Istnieją również u niemowląt. Oczywiście są inne typy i rokowania, a leczenie jest bardzo skuteczne, natomiast o tym też musimy pamiętać.

Chciałbym jeszcze tylko powiedzieć – nie będę mówić o problemach finansowych, bo są podobne – że u dzieci w ogóle nie ma mowy o tym, żebyśmy robili cystoskopię w ambulatorium, żebyśmy wkładali cystoskop 10-letniemu chłopcu do cewki moczowej bez pełnego zabezpieczenia szpitalnego. Nie ma takiej kwestii. Tak absolutnie nie robimy, nawet gdyby to miało mieć dla nas jakieś konsekwencje. Natomiast, chciałbym zwrócić państwa uwagę na to, że bardzo duża grupa to dzieci z zaburzeniami czynnościowymi układu moczowego różnego typu, w konsekwencji których nie trzymają moczu. I w związku z tym, brakuje jednej podstawowej rzeczy, o którą zabiegamy, i będziemy zabiegać, a więc procedur tak zwanej uroterapii. To jest leczenie czynnościowe dróg moczowych. O tym musimy pamiętać i o to będziemy zabiegać. Dziękuję za głos i jeszcze raz przypominam, że istniejemy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo za to uzupełnienie i jeszcze raz przepraszam. W takim razie, ponownie otwieram dyskusję. Bardzo proszę, pan przewodniczący Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie ministrze, Wysoka Komisjo, jesteśmy świadkami bardzo niepokojących głosów ze strony profesjonalistów, autorytetów naukowych urologii, a jednocześnie z obserwacji i pewnych działań praktycznych, jako lekarze, konstatujemy, że zaczyna być coraz gorzej w polskiej służbie zdrowia – o ile to jeszcze jest służba. To już raczej nie jest służba. To jest system nakierowany na procedury i ekonomię, a więc misję zastąpiła zyskowność, nie ma już misji jednostki szpitalnej rozumianej tak, jak kiedyś.

Teraz, panie ministrze, proszę o wyjaśnienie, skąd ten dysonans konstrukcyjny, czy taka niespójność... Pan minister akurat prowadzi... Dlaczego jest tak, że z jednej strony...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, prosilibyśmy, gdyby pan mógł... Możemy zrobić chwilę przerwy...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Chyba że zrobimy przerwę, bo to może być ważne... Nie. Zatem, panie ministrze, z jednej strony, przedstawia pan w informacji sytuację epidemiologiczną, która pokazuje mnogość i powagę problemów urologicznych, a więc ogółem 2 mln osób, które mają objawy dyzuryczne, występowania łagodnego przerostu gruczołu krokowego. Nowotwory męskich narządów płciowych, druga pod względem częstości przyczyna chorób nowotworowych u mężczyzn i 15% wszystkich nowotworów, raka, jest pochodzenia urologicznego, a więc problem jest poważny i trzeba się nim zająć. A z drugiej strony, są działania, które w prostej linii prowadzą do likwidacji oddziałów urologicznych.

Mieliśmy niedawno posiedzenie Komisji Zdrowia w związku z likwidacją Pododdziału Proktologicznego w warszawskim Szpitalu na Solcu. Teraz mamy sytuację, w której praktycznie doprowadzacie, poprzez niższą wycenę świadczeń urologicznych, do likwidacji oddziałów. W takim razie, prowadzicie do demontażu ochrony zdrowia, polskiej medycyny. Ostrzegaliśmy państwa przed tym jako opozycja, jako Prawo i Sprawiedliwość, że jeśli wprowadzicie do szpitali, a potem przedsiębiorstw, tylko procedurę i wycenę finansową, to zdemontujecie całą polską służbę zdrowia, bo będziecie rozwijać tylko te oddziały, które przynoszą korzyść, zysk, natomiast likwidować albo wygaszać działalność tych oddziałów, które w istocie finansowej przynoszą niekorzystne bilansowanie.

Jednak każda jednostka to zespół naczyń połączonych. Muszą być oddziały, które dają zysk i oddziały, które być może przynoszą straty, ale to wszystko dla pełnienia misji. Oczywiście, wy o tej misji już nie pamiętacie, ale nie podejrzewałem, panie ministrze, że prowadzicie sztucznie likwidację oddziałów. Jeśli bowiem jest tak, że nie ma zapotrzebowania, nie ma bilansowania, to rzeczywiście można mówić o wygaszaniu, ale, jeśli prowadzicie to w sposób sztuczny... Jeśli dowiadujemy się, że procedura cystoskopii kosztowała 1200 zł w 2010 r., a teraz kosztuje kilkaset złotych, i przenosicie to jeszcze do ambulatorium, to prowadzicie sztuczną likwidację pewnych oddziałów, a więc – co dokładnie mówiliśmy – demontujecie polską służbę zdrowia, jeśli jeszcze służbę, jak mówiłem. Czyli, natychmiastowego wyjaśnienia wymaga to, skąd taka wasza arbitralna decyzja, bo ja już teraz nie mam wątpliwości, że praktycznie z góry sterujecie tym, kto będzie pracować, jakie oddziały będą, a jakich nie będzie. A przecież chodzi o zdrowie Polaków. Chodzi o to, że sami podajecie w epidemiologicznym doniesieniu, że to jest bardzo poważna sprawa, dotykająca miliony Polaków, jeśli chodzi o łagodny przerost gruczołu krokowego, a także nowotwory urologiczne. Jest to więc bardzo niepokojące. Dlatego, panie ministrze, proszę o wyjaśnienie na piśmie, dlaczego jest taki dysonans, niespójność w tym, że z jednej strony uważacie, że jest to poważna sprawa, a z drugiej strony praktycznie doprowadzacie do likwidacji oddziałów urologicznych.

I jeszcze następna sprawa. Pan konsultant powiedział o szkoleniach. Mamy takie wrażenie, a właściwie takie są fakty, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie promuje, nie gloryfikuje oddziałów nie tylko z tradycją, historią, doświadczeniem i bardzo nowoczesnym wyposażeniem, ale jednocześnie prowadzących szkolenia, co jest bardzo istotne w perspektywie, a mimo to zawierane są kontrakty z oddziałami, które powstają, czy na początku – jak bym powiedział – były to tak zwane przychodnie garażowe, „blaszakowe". One dostają kontrakt, natomiast w szpitalach z doświadczeniem, kadrą, profesjonalną obsługą i właśnie szkoleniami, te kontrakty są wygaszane albo zmniejszane. Dlaczego tak się dzieje?

Mam jeszcze jedno pytanie. Nie rozumiem, dlaczego podają państwo wartość zawartych umów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w poradniach urologicznych, również szpitalnych, i wartość zrealizowanych umów. Praktycznie jest wysoka rozbieżność. Na przykład, wartość na realizację to 15 mln zł, 6 mln zł, a realizacja wynosi 9 mln zł, 4 mln zł. Czyli, jakby za dużo kontraktujecie. To jest aż niemożliwe, a takie jest sprawozdanie. Na przykład, wartość umów na opiekę zdrowotną w poradniach urologicznych w latach 2010-2014 – Wielkopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia zakontraktował świadczenia na 15 mln zł, a wykonał na 9 mln zł. Zachodniopomorski Oddział – dlaczego jest tak duża różnica? – zakontraktował na 6 mln zł, a wykonał na 4 mln zł, itd., itd. W aspekcie tego, co państwo mówili niedawno, jest to wręcz niemożliwe i niewytłumaczalne. Na razie tyle. Dziękuję bardzo, panie ministrze, ale bardzo proszę o odpowiedź na piśmie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Piontkowski, proszę bardzo.

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

Lekarze konsultanci mówili o problemie wyceny tych świadczeń. Rzeczywiście dobrze by było, aby pan minister i przedstawiciele NFZ wyjaśnili, czy chodziło o to, że Ministerstwo oraz NFZ uznali, iż część zabiegów może być spokojnie wykonywana w przychodniach i wówczas – jak rozumiem – uznamy, że koszt tego zabiegu będzie zdecydowa-

nie niższy niż w oddziale. Jednak, czy w związku z tym, oddziały pozbawione pewnego rodzaju zabiegów mogą same się finansować. Czy w Ministerstwie ktokolwiek zrobił tego typu bilans, czy wyprowadzenie niektórych zabiegów z oddziałów urologicznych pozwoli tym oddziałom dalej funkcjonować? I pytanie do lekarzy specjalistów – bo mówili tu państwo o wycenie tych samych zabiegów w oddziałach urologicznych oraz w ambulatoriach – czy wyprowadzenie części tych zabiegów, według was, ma uzasadnienie pod względem medycznym i nie grozi powikłaniami dla pacjentów.

Element drugi, dotyczy środków przeznaczonych na kontraktowanie świadczeń ambulatoryjnych i w oddziałach urologicznych. Tu są pewne różnice w kontraktowaniu świadczeń. Widać, że w niektórych oddziałach w miarę upływu czasu liczba tych świadczeń kwotowo wzrasta, co pokazuje narastanie problemu urologicznego i potwierdza to, o czym mówili lekarze specjaliści, ale w niektórych województwach dochodzi do kilkunastoprocentowego obniżenia zamówionych kontrataków. Z czego to może wynikać, według państwa?

I ostatni element. Jest tutaj mowa o stażach. Na str. 2 państwo piszą o tym, że w 49 jednostkach są 154 miejsca kształcenia nowych lekarzy urologów. Jest to ponad 10% wszystkich lekarzy, którzy wykonują tę specjalność, bo jest ich niespełna 1300. Stąd pytanie do Ministerstwa, czy te wszystkie miejsca są wykorzystywane.

I jeszcze jeden element, przepraszam. Tam, gdzie jest mowa o łącznym czasie oczekiwania na porady lub zabiegi, pojawiła się niepokojąc liczba. W przypadku oddziałów urologicznych dziecięcych średni czas oczekiwania dla dzieci wynosi aż 150 dni. Czy, według państwa, nie jest to zbyt długi czas w przypadku dzieci? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z państwa posłów chciałby zabrać głos? Bardzo proszę, pan poseł Czechyra.

Poseł Czesław Czechyra (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Mam krótkie pytanie do pana ministra. Zauważyłem, że w województwie mazowieckim jest znaczący spadek, jeśli chodzi o wartość umów zawartych na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w oddziałach urologicznych, jak i ich wykonanie. Z czego to wynika?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze? Jeżeli nie, to zanim... Bardzo proszę, pan poseł Gos.

Poseł Marek Gos (PSL):

Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, szanowni goście, ja może trochę szerzej. Chcę powiedzieć, że bardzo niepokojące informacje dochodzą z naszych ośrodków onkologicznych w ogóle, w związku z wprowadzeniem pakietu onkologicznego. W większości byliśmy przekonani, że ten pakiet przyniesie korzyści nie tylko pacjentom, ale także poprawi sytuację ośrodków, które dzisiaj są postawione do dyspozycji pacjentów. Okazuje się z dostępnych informacji, przynajmniej w województwie świętokrzyskim, że tamtejsze centrum onkologii od 1 stycznia dostanie na leczenie na wejściu o 30 mln zł mniej. Sygnalizuję więc problem, ponieważ za chwilę z tym problemem wystąpią pewnie wszystkie ośrodki.

Nie jest to tylko odosobniony, regionalny problem – dyrektorzy placówek w całym kraju na ten temat rozmawiają. Nie mogę zrozumieć, jak mamy poprawić sytuację leczenia chorych nowotworowych, jeżeli jednostkom podstawowym i wiodącym, a w zasadzie głównym jednostkom – bo przypuszczam, że leczą one 90% przypadków, poza oddziałami pojedynczymi, które też zajmują się chorobami nowotworowymi... W tych centrach zlokalizowane jest głównie leczenie ambulatoryjne, i przede wszystkim zamknięte chorób nowotworowych. W związku z tym, czy pan minister i przedstawiciel Funduszu mogliby do tego problemu się odnieść, bo następuje jakiś paradoks. Wszyscy oczekiwaliśmy, że będziemy mieć większe moce przerobowe, lepszy dostęp do lekarzy onkologów, do diagnostyki i interwencji, a okazuje się, że przy takim podejściu ekonomicznym do tych jednostek uzyskamy efekt dokładnie odwrotny. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Zanim oddam głos zaproszonym gościom, też chciałbym zapytać pana ministra i pana prezesa. W zasadzie pytania, ale też wystąpienia ekspertów, w dużym stopniu koncentrują się wokół podobnej problematyki.

Panie ministrze, mamy sytuację następującą. Za kilkadziesiąt dni wchodzi w życie pakiet onkologiczny. Jest pytanie, które zresztą już stawialiśmy na specjalnie zwołanym posiedzeniu Komisji – być może warto będzie jeszcze do tego w grudniu wrócić – na ile my, jako polska służba zdrowia, jesteśmy przygotowani do wdrożenia tego pakietu onkologicznego. Słyszeliśmy od zaproszonych gości, od ekspertów, jak dużo procedur onkologicznych związanych jest z onkologią.

Na marginesie warto zauważyć, że w przeszłości sporo czasu poświęcano na posiedzeniach Komisji czy innych spotkaniach parlamentarnych etc. problemom niektórych nowotworów występujących u pań. Jakoś mało czasu poświęcaliśmy tej męskiej większości. Przy okazji tematu urologii jest szansa o tym wspomnieć, między innymi. Natomiast, nie sposób nie wyrazić niepokoju, panie ministrze, że również w zakresie urologii nie jesteśmy przygotowani, zaczynając od wspomnianego przez panów profesorów zadłużenia. Jeżeli 80% klinik, oddziałów urologicznych jest zadłużonych, co związane jest z wyceną – to, po drugie – to trudno sobie wyobrazić, albo raczej lepiej sobie nie wyobrażać, co się może wydarzyć, kiedy ten pakiet onkologiczny będzie uruchomiony i rzeczywiście w takich, a nie innych warunkach finansowych te procedury będą realizowane. Notabene pojawia się kolejne pytanie – przez kogo, bo jednak cały czas brakuje specjalistów, brakuje miejsc rezydenckich. Tę sprawę też trzeba uregulować. I jeżeli nawet dokonujemy pewnych przesunięć do procedur ambulatoryjnych, to myślę – pewnie i środowisko jest otwarte na dyskusję na ten temat – że pewne sprawy trzeba tutaj jasno postawić.

Po pierwsze, jeżeli pewne procedury przechodzą do opieki ambulatoryjnej, to jaka ma być wycena, aby ona była racjonalna. Po drugie, jakie będzie finansowanie oddziałów i klinik i innych procedur, które tam są realizowane, biorąc pod uwagę kwestię zadłużania się, o której przed chwilą była mowa. Po trzecie, część z tych procedur, które są realizowane ambulatoryjnie, tak czy inaczej, z różnych względów będzie musiała być wykonywana w warunkach szpitalnych.

Rozumiem, że to będą przypadki szczególne, związane z różnego rodzaju powikłaniami czy ryzykiem tych powikłań lub innymi przyczynami. W związku z tym, ta wycena, zgodnie z logiką, powinna być wyższa niż ta sama procedura wykonywana do tej pory w zabiegach szpitalnych, bo tam była – mam taką nadzieję – być może źle wyliczona przez NFZ, ale średnia ważona, a tu będziemy mieć wyselekcjonowane przypadki jednak z powikłaniami, potencjalnie bardziej ryzykowne, które będą wymagać tego zabiegu w warunkach szpitalnych.

I wreszcie to, o czym już wspomniałem – kto będzie to wszystko wykonywać, jeżeli pakiet onkologiczny ma nie być fikcją, jeżeli ma nie być kilkumiesięcznych okresów oczekiwania nie tylko w przypadku urologii dziecięcej, o czym powiedział jeden z kolegów – wprawdzie tam nie było mowy o nowotworach, tylko w ogóle o poradach. Musimy jednak wiedzieć, jak to państwo chcą zorganizować, bo przypominam, że zostało nam tylko około 30 dni do wejścia w życie tego pakietu. Gdyby pan minister mógł na to pytanie odpowiedzieć...

Sądzę, że zanim oddam głos zaproszonym gościom, którzy też pewnie będą pytać, warto byłoby usłyszeć wypowiedź przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia, skąd wzięły się te zmiany w finansowaniu i jak państwo planują te wyceny procedur na rok przyszły i kolejne lata. Bardzo proszę – nie wiem, czy pan minister, czy pan prezes... Panie ministrze, bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo, dziękuję za tę dyskusję, choć przyznaję, że trochę zaskoczony jestem jej przebiegiem. Przygotowując się do tego spotkania i przygotowując dość ogólny dokument, ale jednak przekrojowy, jakim jest informacja na temat chorób urologicznych, spodziewałem się raczej dyskusji o czekają-

cej nas fali wzrostu zapadalności na choroby stercza, zasadności lub braku zasadności wdrożenia populacyjnych testów przesiewowych, których...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

My o to też prosimy, panie ministrze. Proszę powiedzieć o tym. Będziemy o tym zapewne mówić.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

...dyskusji dotyczących metod i narzędzi, kosztoefektywności poszczególnych działań, sposobu zaangażowania podstawowej opieki zdrowotnej w przesiew i we wczesną wykrywalność, wstępnej informacji na temat programu ministra zdrowia przygotowanego przy współpracy funduszów unijnych dotyczących chorób nowotworowych układu moczowo -płciowego, a także standaryzacji leczenia. Ta dyskusja bardzo mnie dziwi. Skoncentrowała się wyłącznie na wycenie świadczeń urologicznych, co dotyczy szpitali. Ja oczywiście zaraz do tego się odniosę i jeżeli pan przewodniczący pozwoli, przekażę później głos panu prezesowi Tuczapskiemu, bo większość pytań z sali, tak naprawdę, padała odnośnie do działalności Narodowego Funduszu Zdrowia.

Chciałbym zauważyć, że mamy znacznie więcej problemów w polskiej urologii. Mamy olbrzymi problem, niedoceniany, choć nieustająco zachęcam pana profesora i towarzystwo naukowe do tego, żeby państwo jako eksperci opracowali standardy terapii i oceny postępowania leczenia urologicznego w naszym kraju, albowiem jest rzeczą niepokojącą, a powiem więcej, z punktu widzenia organizatora opieki zdrowotnej jest rzeczą skandaliczną, że w Polsce ciągle w wielu miejscach – i niestety, panie profesorze, jest to wynik słabego nadzoru konsultanckiego specjalistycznego – włącza się leczenie onkologiczne – farmakologiczne leczenia raka prostaty – u pacjentów bez wcześniej wykonanej właściwej diagnostyki onkologicznej. Bez wykonania biopsji pacjenci są poddawani bardzo ich obciążającemu, hormonalnemu leczeniu raka prostaty. To jest ewenement, z którym musimy sobie wspólnie poradzić.

Zatem, jeszcze raz uprzejmie przypominam, że minister zdrowia jest zwarty i gotowy, i jak tylko otrzyma standardy od pana profesora i Towarzystwa, to będzie nam zdecydowanie łatwiej uporać się z sytuacją niskiej kontroli i niskiej jakości, bowiem wszędzie w polskiej onkologii jest problem dotyczący tego, że mamy standardy różnych jakości. Są wielkie centra onkologiczne i pan profesor i towarzystwa naukowe, i zebrane tu autorytety oraz wiele innych autorytetów urologii polskiej – nie tylko pan prof. Sosnowski, który reprezentuje ośrodek łódzki – są związani z akademickimi ośrodkami, które są wiodące i realizują świadczenia na najwyższym poziomie. Pamiętajmy jednak, że świadczenia urologiczne są realizowane w różnych miejscach w kraju i niestety jakość tych świadczeń jest bardzo różna, co jest zmorą polskiej onkologii i co stało się przesłanką do podjęcia przez ministra zdrowia działania, które nazywamy dzisiaj pakietem onkologicznym, a którego jednym z podstawowych celów jest standaryzacja. To po to wprowadzono koncepcję zespołów wielodyscyplinarnych. To po to wprowadzono koncepcję wymiany informacji i koordynacji leczenia, żeby pacjent, niezależnie od tego, że będzie mieć pecha, że zachoruje na raka stercza, to będzie mieć w tym szczęście i czy trafi do ośrodka pana prof. Sosnowskiego czy też trafi do ośrodka w mieście powiatowym, to uzyska świadczenie zgodne ze standardem i jego szansa na wyleczenie i dobrostan zdrowia będzie taka sama. Do tego dąży pakiet onkologiczny. To jest jego główną ideą, żebyśmy leczyli pacjentów w sposób możliwie najlepszy i taki sam, niezależnie od tego, czy ktoś ma koneksje, możliwość znalezienia się w lepszym miejscu albo by system nie zmuszał pacjentów do stosowania różnych nieformalnych sposobów osiągania lepszej jakości opieki medycznej, bo na to nie ma zgody.

Drugim, niebywale istotnym elementem przemiany polskiej opieki zdrowotnej... Chciałbym tutaj zaapelować do wszystkich o zmianę tonu dyskusji i spojrzenia. Nie możemy rozpatrywać problemów urologii czy jakiejkolwiek dziedziny medycyny z punktu widzenia komfortu wykonywania biznesu prowadzenia szpitala. Nie jest celem ani ministra zdrowia, ani Narodowego Funduszu Zdrowia, instytucji państwowych, utrzymywanie nierentownych lub rentownych albo różnie rentownych struktur administracyjnych i struktur systemu opieki zdrowotnej na różnych jego poziomach, tylko celem jest

zapewnienie obywatelom właściwego, należytego dostępu do opieki zdrowotnej, która będzie na odpowiednim poziomie, najlepszym z możliwych osiągalnych w naszym kraju, i takim, jak w innych krajach europejskich, bo dążymy do osiągnięcia poziomu krajów Unii Europejskiej i z przykrością odbieramy wszystkie te sygnały, kiedy okazuje się, że jakość świadczeń udzielanych w naszym kraju w niektórych miejscach, niestety, zbyt wielu, jest znacznie niższa niż jakość świadczeń udzielanych w innych krajach europejskich. W tym kontekście, jednym z elementów niewątpliwie odróżniających nasz system opieki zdrowotnej od nowoczesnych światowych trendów jest to, że nasz system bazuje na tradycyjnym modelu opieki szpitalnej, co nie jest korzystne dla pacjentów. Pacjenci – współcześni Europejczycy, i pacjenci polscy, tak samo oczekują, że będą zmuszeni do hospitalizacji tylko wówczas, kiedy będzie na to wskazywać ich stan zdrowia.

Mając tę wiedzę i konsultując publicznie wszystkie akty prawa wykonawczego, czy to rozporządzenia „koszykowe", czy uszczegółowiające akty, czyli zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia – co zapewne za chwilę potwierdzi pan prezes Tuczapski – zaproponowano taki zapis, że świadczenia tak zwane niskoinwazyjne – przepraszam za kolokwializm – mogą być realizowane zarówno w trybie ambulatoryjnym, jak i szpitalnym. Nie ma bowiem konieczności, żeby dzisiaj pacjent był hospitalizowany przez 5 dni i w czasie 5-dniowego pobytu były wykonywane stosunkowo proste procedury diagnostyczne, które można wykonać w dostępie ambulatoryjnym, nie skazując pacjenta na opuszczenie miejsca zamieszkania, na utratę przychodów wynikających z hospitalizacji i w końcu na ryzyko infekcji wewnątrzszpitalnej. A pamiętajmy, że urologia to jednak oddziały zabiegowe, gdzie ryzyko zdrowotne dla pacjenta związane z hospitalizacją powinno być minimalizowane tylko do takich sytuacji, kiedy stan zdrowia pacjenta wymusza hospitalizację.

Przy tym, będąc pediatrą, w pełni rozumiem, że wykonanie badania cystoskopii u dziecka zapewne nie jest możliwe w dostępie ambulatoryjnym z uwagi na konieczność znieczulenia ogólnego i wielu innych działań, często organizacyjnych, aczkolwiek wyobrażam sobie – i wiem o tym – że w wielu krajach świata ten problem rozwiązano w sposób organizacyjny. I stąd zmiany wyceny, choć niewygodne dla organizatorów i dla właścicieli szczególnie dużych szpitali. Niewygodne, dlatego, że wymuszają pewne zmiany adaptacyjne, wymuszają pewne zmiany restrukturyzacyjne, ale, panie przewodniczący, szanowni państwo, my musimy dokonać tych zmian adaptacyjnych i restrukturyzacyjnych, bo inaczej nigdy nie będziemy mieć nowoczesnego systemu opieki zdrowotnej. A ja uważam, że Polacy oczekują tego od władzy publicznej, żeby mieli nowoczesną opiekę zdrowotną, żeby mieli nie tylko ładnie i czysto w salach, ale i nie byli przyjmowani do szpitala kiedy to nie jest konieczne. I żebyśmy osiągnęli ten stan i jakości, i czasu, i kolejek, to musimy dokonać głębokiej restrukturyzacji systemu opieki zdrowotnej, czego pierwszy krok uczyniła Wysoka Izba – za co jestem wdzięczny – przyjmując w drodze ustawowej zarówno pakiet onkologiczny, jak i pakiet kolejkowy, będące tym podstawowym elementem, który w przyszłym roku, wraz z wdrożeniem tych pakietów w praktyce, będzie powodować te zmiany. Niestety, także zmiany, które będą nieakceptowalne albo będą często podnoszone jako utrudniające funkcjonowanie niektórym jednostkom. Jednak – jeszcze raz do tego wrócę – nie jest celem zapewnienie dobrostanu w aktualnej strukturze organizacyjnej tej infrastruktury, którą mamy, tylko celem jest wymuszenie takich zmian, żeby system opieki zdrowotnej efektywnie realizował takie świadczenia, które są przyjazne dla pacjenta, a nie przyjazne dla szpitala, który – przepraszam – od 40 lat ma oddział pięćdziesięciołóżkowy i uważa, że tak powinno być dalej, bo tak było przez ostatnie 40 lat.

Ponieważ większość zadanych pytań dotyczyło tak naprawdę finansowania, struktury wyceny, łącznie z pytaniem o Świętokrzyskie Centrum Onkologii – jeśli dobrze zrozumiałem pana posła – to jeżeli pan przewodniczący pozwoli, chciałbym prosić o uzupełnienie tej wypowiedzi przez pana prezesa Tuczapskiego. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, panie prezesie.

Zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztof Tuczapski:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, wiele poruszonych tu spraw było omawianych na posiedzeniu zespołu parlamentarnego do spraw urologii onkologicznej, które odbyło się kilka tygodni temu. Też była żywa dyskusja. Rozmawialiśmy na temat kontroli świadczeń. Jako płatnik jesteśmy cały czas poddawani krytyce Najwyższej Izby Kontroli, że kontroli u świadczeniodawców jest za mało, że są one nierzetelne, przeprowadzane wyrywkowo. Dlatego też rolą płatnika jest, jak najbardziej, kontrolowanie zasadności wydatkowania środków publicznych, bo z każdej złotówki każdej osoby, która tutaj siedzi, kilka groszy przeznaczane jest na szeroko pojętą ochronę zdrowia.

Proszę państwa, kwestia wyceny świadczeń. Myślę, że od 1 stycznia będzie ona na pewno w sposób przejrzysty i bezproblemowy rozwiązywana przez Agencję Oceny Technologii Medycznych. Myślę, że to jest słuszna droga, żeby nie posądzać płatnika, że działa kolokwialnie czy wybiórczo w przygotowywaniu wyceny świadczeń. Dlatego te wszystkie, jak najbardziej słuszne uwagi panów profesorów, przekażemy do AOTM – mówię szeroko – do działu, który będzie się zajmować wycenami. Sądzę, że wtedy panowie profesorowie będą mogli przedstawić swoje racje zasadności takiej czy innej wyceny.

Chciałbym jednak zwrócić uwagę na to, że przecież państwo profesorowie, konsultanci wojewódzcy, krajowi, gremium doradcze, strona społeczna, zawsze są zapraszani do Ministerstwa czy centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, gdzie są przygotowywane koszyki świadczeń gwarantowanych. To właśnie państwo, wybitni specjaliści, określają wymogi zasadności takiej czy innej procedury, która może być wykonywana w takich czy innych warunkach. Zatem, proszę państwa, odbijanie piłeczki, że wszystko, całe zło tego świata leży po stronie płatnika... Ja to rozumiem. Przyjmuję to na swoje barki. Co prawda mam wąskie barki, ale przyjmę każdą krytykę. Z każdą krytyką się zapoznamy i na pewno się do niej ustosunkujemy.

Jak powiedział pan minister – jeszcze raz to podkreślę – rolą płatnika jest dokładne śledzenie wydatków publicznych i koszty, jakie ponoszą szpitale są 35-40% wyższe od kosztów tych świadczeń, które mogą być wykonywane w warunkach ambulatoryjnych. My chcemy skrócić kolejki do szpitali na zabiegi wysokospecjalistyczne na potrzeby pacjentów, którzy muszą być hospitalizowani – podkreślam, muszą – ale cystoskopię można wykonać w warunkach ambulatoryjnych. A jeżeli ktoś mówi, że on nie wykonuje jej w warunkach ambulatoryjnych, bo nie ma możliwości, musi to zrobić w szpitalu, bo nie ma aparatu lub nie ma czegoś, co jest potrzebne do wykonania tego w warunkach ambulatoryjnych, to pytam, proszę państwa, w jaki sposób taki świadczeniodawca dostał kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Koszyk jest przygotowywany przez specjalistów, i wymogi, które powinien spełniać każdy świadczeniodawca.

Proszę państwa, czy to, że wycena, na przykład cystoskopii, w warunkach klinicznych wynosi 1200 zł, a w warunkach ambulatoryjnych 700 zł, oznacza, że te szpitale będą się zadłużać, bo to będzie wykonywane w warunkach ambulatoryjnych. Nie, proszę państwa. Narodowy Fundusz Zdrowia nie zabiera tych pieniędzy szpitalom. One są po prostu alokowane do ambulatoriów, ale całość kontraktu to jest całość kontraktu. Nie patrzy się wybiórczo na poradnie urologiczną, laryngologiczną, kardiologiczną. Patrzy się wybiórczo na całość jednostki. NFZ nie kupuje szpitala czy przychodni, on kupuje świadczenia, i naszą rolą jest to, żeby świadczenia były jak najwyższej jakości, na najwyższym poziomie, udzielane przez wybitnych specjalistów i – może to źle zabrzmi – w jak najmniej kosztochłonnych warunkach, bo my chcemy kupić jak najwięcej świadczeń, żeby zlikwidować kolejki. I dzięki... Rozumiem, że mam przerwać swoją wypowiedź, panie pośle. Czy tak?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie. Bardzo bym prosił – nie komentujmy na stronie. Każdy ma prawo się wypowiedzieć. Od tego jest dyskusja, żeby później do tego się odnieść.

Bardzo proszę panie prezesie o kontynuowanie. Przepraszam, że...

Zastępca prezesa NFZ Krzysztof Tuczapski:

Dziękuję...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Nikt nie powinien komentować wypowiedzi. Bardzo proszę, panie prezesie.

Zastępca prezesa NFZ Krzysztof Tuczapski:

Dziękuję, panie przewodniczący. Ja króciutko. Oczywiście, jeżeli będą szczegółowe pytania… Odnośnie do Centrum Onkologii Ziemi Świętokrzyskiej, nie wyobrażam sobie, żeby tak zmniejszony był kontrakt, bo powiem panu, panie pośle… Oczywiście, mogę się odnieść nie teraz, bo nie mam w pamięci wszystkich kontraktów wszystkich szpitali w Polsce. Jeżeli będzie potrzeba, to bardzo bym, prosił o zapytanie. Skierujemy je do dyrektora Oddziału Świętokrzyskiego i uzyskamy informacje. Chcę tylko powiedzieć, że pakiet onkologiczny to są zakresy skojarzone, nielimitowane. I jeżeli dany szpital dostanie jakąś propozycję finansową, to nie możemy wpisać nieskończoności w budżet. Musi być podana jakaś wartość, ale za wszystko, co zostanie wykonane w ramach pakietu onkologicznego, za wszystkie procedury zostanie temu podmiotowi zapłacone. I to gwarantuję państwu jako płatnik. Nie będzie możliwości niezapłacenia za procedurę onkologiczną wykonaną w ramach pakietu onkologicznego.

Proszę państwa, chciałbym powiedzieć, na przykład, że Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej – z tego regionu jestem – dostało propozycje kontraktowe z pakietem skojarzonym o prawie 30 mln wyższe, więc nie wiem, jaka jest przyczyna w świętokrzyskim. Oczywiście, zorientujemy się i pana posła poinformujemy.

Proszę państwa, jeszcze jedno, na zakończenie. Odnośnie do szczegółowych wycen, jeszcze raz podkreślam, szanowni państwo profesorowie i szanowni państwo posłowie, że jesteśmy otwarci na dyskusję. Po to zarządzenia prezesa i rozporządzenia ministra zdrowia są dane do konsultacji społecznych, żebyśmy mogli siąść i podyskutować. I siedzimy, i dyskutujemy z państwem, bo to wszystko co wychodzi, produkt finalny, powstaje na drodze dyskusji z państwem jako fachowcami. My nie jesteśmy alfą i omegą. Każdy popełnia błędy i zawsze możemy weryfikować w trakcie naszego procesu kontraktowego to, co jest niedoszacowane czy przeszacowane, ale czekamy na państwa informacje.

Oczywiście, inny jest temat szpitala klinicznego w dużym mieście – w Warszawie, Poznaniu czy Katowicach – a inny temat szpitala powiatowego czy wojewódzkiego w mieście powiatowym czy w mniejszej miejscowości. Tam też są oddziały urologiczne znakomicie funkcjonujące, posiadające wybitnych specjalistów, gdzie również są wykonywane procedury wysokospecjalistyczne, ale, proszę państwa, ilość tych procedur – przepraszam za określenie – jest policzona. Dlaczego? Czy dlatego, że nie ma pieniędzy? Nie. Dlatego, że nie mamy ludzi. Nie mamy specjalistów do ich wykonywania i nie mamy bazy, która mogłaby pokryć wszystkie potrzeby. I to jest problem, oczywiście do pochylenia się dla państwa ustawodawców, dla Ministerstwa Zdrowia i Funduszu, co zrobić, żeby zwiększyć dostępność poprzez zwiększenie liczby lekarzy specjalistów urologów, urologów dziecięcych.

Ja też jestem lekarzem dziecięcym w wąskiej specjalności zabiegowej i wiem, jakie są problemy, jeżeli chodzi o specjalności dziecięce, ale, na przykład – odpowiadam panu profesorowi – procedury dziecięce zostały oszacowane w roku poprzednim, właśnie dzięki dyskusjom w Ministerstwie Zdrowia. I nie widzę teraz, żeby szpitale dziecięce uniwersyteckie czy wyprofilowane szpitale dziecięce miały problemy finansowe, ale, proszę państwa, nie można od razu zrobić wszystkiego. Nie ma takiej możliwości. Pieniądze mamy takie, jakie mamy. Mamy jedne z najniższych nakładów na ochronę zdrowia w Europie, w krajach Unii Europejskiej. Czy to jest wina Narodowego Funduszu Zdrowia? Przepraszam bardzo…

I jeszcze ostatnie zdanie. Proszę państwa, pakiety onkologiczny i kolejkowy. Chcemy zwiększyć rolę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej tak, jak jest na Zachodzie Europy, żeby miał poszerzony zakres badań do wykonania. Nie twierdzę, że ten lekarz ma wykonywać te badania, ale będzie mieć możliwość ich zlecenia. Poprzez poszerzenie pakietu USG będzie mógł zrobić USG jamy brzusznej, nerki, zobaczyć, czy są już podejrzenia rozwoju choroby urologicznej, niekoniecznie nowotworowej. Będzie mógł wykonać badanie PSA i inne badania, które będą wskazywać, że pacjent, który przychodzi do pierwszej furtki, jaką jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, będzie mógł poczuć się bardziej

bezpieczny, że dostanie wstępną diagnozę i pójdzie do specjalisty, i skróci się ścieżka od diagnozy do włączenia pakietu onkologicznego. I o to nam chodzi, proszę państwa. I liczymy na głosy państwa jako polityków, państwa specjalistów i strony społecznej, że nam w tym wszystkim pomożecie, bo żyjemy w jednym kraju. Każdy był, jest albo będzie pacjentem. Tak samo może być pacjentem urologicznym.

I ostatnie zdanie. Proszę państwa, ja na posiedzeniu zespołu parlamentarnego powiedziałem – najprościej jest leczyć, ale trzeba przede wszystkim zapobiegać chorobom. I zaproponowałem specjalistom – a może by tak siąść, porozmawiać z Ministerstwem Zdrowia i pochylić się nad programem terapeutycznym na temat przerostu prostaty u mężczyzn. Ja wiem, że profilaktyka, to jest takie słowo bardzo ogólne, ale ono popycha do przodu nowoczesną medycynę, daje bezpieczeństwo pacjentom. Stwórzmy program profilaktyczny zapobiegania chorobom układu urologicznego u mężczyzn. Pieniądze na pewno się znajdą. Taka jest nasza propozycja. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, myślę, że warto, żeby po rundzie pytań pan odniósł się do kwestii związanej z programem profilaktycznym, a więc do tego, czego pan oczekiwał – jak pan wspomniał – że będzie poruszone w dyskusji, jak i do kwestii współpracy z lekarzami rodzinnymi i jak pan to sobie wyobraża. Natomiast, jest jedna rzecz, o którą muszę dopytać pana prezesa na tym etapie.

Panie prezesie, chciałbym, żebyśmy wszyscy tutaj mieli pełna jasność. Nie mówimy teraz o centrum onkologii, takim czy innym, tylko o szpitalu onkologicznym... Przepraszam, o szpitalu, gdzie jest oddział czy klinika urologii i trafią tam pacjenci z nowotworem, tak jak jest obecnie. Jak pan powiedział, będą to procedury nielimitowane. Chciałbym, żebyśmy mieli pełną jasność odnośnie do dwóch rzeczy. Po pierwsze, czy nie będzie tak, że państwo w ramach kontraktu – bo przecież te oddziały czy kliniki są jakoś zakontraktowane – owszem, zapłacą za wszystkie procedury onkologiczne, natomiast zabraknie wam pieniędzy na inne procedury, które też były zakontraktowane, bo po prostu zrobicie dyslokację środków i tyle... Można powiedzieć inaczej, że w pierwszej kolejności zapłacicie za procedury onkologiczne, a na inne może nie wystarczyć. To, po pierwsze. Po drugie, będą pacjenci, którzy trafią z podejrzeniem nowotworu, zgodnie z zieloną kartą, czyli na wstępie będą traktowani jako ci onkologiczni, poza limitami, ale w trakcie diagnostyki okaże się – na szczęście – że nie ma nowotworu. Co wówczas z tymi pacjentami i jak za nich zapłacicie? Czy powiecie, że wprawdzie oni powinni być potraktowani jako onkologiczni i powinni być poza limitem, ale, ponieważ na szczęście pacjenta nowotworu nie było, to za niego nie zapłacimy, mimo że na wejściu... Inaczej, żeby było jasne – zapłacimy, jeśli wystarczy pieniędzy, ale tych pieniędzy... Mówię o sytuacji, kiedy tych pieniędzy nie wystarczy, bo kontrakt będzie taki, jaki będzie. Gdyby pan prezes mógł na to pytanie odpowiedzieć...

Widzę jeszcze zgłoszenie pana posła. Widzę też kolejne zgłoszenia. Bardzo przepraszam, zaraz udzielę państwu głosu, ale myślę, że warto jeszcze o to dopytać. Proszę bardzo, pan poseł Piontkowski.

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

Trzy elementy. Większość z nas nie pytała chyba o rolę lekarza POZ, ponieważ oczywiste jest, że i w sprawach urologicznych lekarz pierwszego kontaktu będzie mieć zwiększone kompetencje, będzie ułatwiać diagnostykę. Dlatego pewnie pytań w tej sprawie nie było, a państwo się do tego odnosili.

Element drugi. Prezes NFZ mówił tutaj wyraźnie, że brakuje specjalistów, ja natomiast nie otrzymałem odpowiedzi na proste pytanie, czy te miejsca, o których jest mowa w tym krótkim materiale dotyczącym szkolenia przyszłych lekarzy urologów, są wykorzystywane, czy nie, bo to jest odpowiedź na to, czy uzupełniamy na bieżąco zapotrzebowanie na lekarzy specjalistów akurat z tej dziedziny.

I element trzeci, odnoszący się do tego, co mówił pan minister. Generalnie to, o czym pan mówi, że Ministerstwo i NFZ starają się zakupić usługi w taki sposób, aby przyniosło to jak najlepsze efekty lecznicze i aby pacjent była zadowolony, jest słuszne, tylko jest pewien podstawowy problem. Szpitale, zarówno kliniki uniwersyteckie, szpitale woje-

wódzkie, jak i szpitale powiatowe nie mają zdolności jasnowidzów, a w związku z tym, nie do końca wiedzą, jakie będą priorytety polityki Ministerstwa Zdrowia na przyszłe lata. Często zdarza się tak, jak z pakietem onkologicznym, że wprowadza się bardzo głębokie zmiany w systemie w trakcie roku i od momentu ich uchwalenia do momentu wprowadzenia mijają zaledwie 2, 3, czy 4 miesiące, a szpital, tak naprawdę, nie jest w stanie w tak krótkim czasie całkowicie zmienić swojej struktury organizacyjnej. Gdyby państwo wskazywali na to, jakie będą założenia waszej polityki za 2 lub 3 lata, to te szpitale mogłyby przynajmniej częściowo próbować dostosować się ze swoją strukturą organizacyjną. I to samo dotyczy sposobu kontraktowania świadczeń. Natomiast, jeżeli oni są zaskakiwani decyzjami, które wy podejmujecie niemal z dnia na dzień albo z miesiąca na miesiąc, to siłą rzeczy nie są w stanie dostosować się do tych wymogów, które chcecie zastosować.

I element ostatni, na pytanie o który nie dostałem odpowiedzi. Czy te zmiany przesunięcia dużej części zabiegów urologicznych z oddziałów szpitalnych do przychodni pozwolą tym oddziałom utrzymać się finansowo? Czy ci lekarze będą wykonywać na tyle dużo świadczeń, żeby był sens istnienia tych oddziałów urologicznych? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Myślałem, że to będzie krótkie ad vocem. Zróbmy inaczej. Myślę, że pan minister i pan prezes notują pytania. Jednak teraz oddam głos zaproszonym gościom, bo czasu nie mamy zbyt wiele, a później poproszę o odpowiedź również na pytania posła Piontkowskiego i moje, ewentualnie kolejne ze strony posłów. Bardzo proszę.

Ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie" Joanna Zabielska-Cieciuch:

Joanna Zabielska-Cieciuch, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie". Panie przewodniczący, Szanowna Komisjo, panie ministrze i panie prezesie, bardzo mnie cieszą słowa dotyczące trendów we współczesnej medycynie, to, że państwo doceniają profilaktykę. Większa część dzisiejszej dyskusji dotyczy problemów szpitali, opieki specjalistycznej, zadłużenia, złej wyceny procedur. Bardzo mnie cieszy – od 15 lat pracuję w opiece podstawowej – że w końcu widzicie potrzebę wprowadzenia programu profilaktycznego dotyczącego mężczyzn. Mamy portal informatyczny, gdzie wymieniamy dane z Funduszem w zakresie cytologii, mammografii i profilaktyki układu krążenia, natomiast przez tych kilkanaście lat nigdy nie było żadnego programu dedykowanego mężczyznom i przerostowi prostaty, który jest bardzo dużym problemem w naszym społeczeństwie. Skupiamy się na leczeniu chorych, a wielokrotnie nowotwory nerki czy prostaty, które są stwierdzane, są już zaawansowane i z przerzutami, i częściej znajdujemy przerzuty niż wczesną fazę nowotworu.

Moje pytanie jest takie. Kiedy państwo planują wprowadzić taki program, bo o kosztach, że jest to tańsze, nie muszę tu, w gronie specjalistów, w ogóle mówić. Na razie sytuacja jest taka, że minister zdrowia w październiku podpisał rozporządzenie o świadczeniach gwarantowanych w opiece podstawowej, gdzie gwarantuje się Polakom wykonywanie USG prostaty i piersi, przełyku, krtani, nadnerczy, jąder, najądrzy, stawów, węzłów chłonnych, USG wszystkiego. Niestety, Narodowy Fundusz Zdrowia nie posiada środków na sfinansowanie tych badań, które nie kosztują 2-5 zł, tak jak badania biochemiczne, które zlecamy. One są dużo droższe i – chociażby USG krtani – nie wykonują ich nawet ośrodki akademickie. Nie będzie zgody środowiska lekarzy rodzinnych na podpisanie takich umów, takiego pakietu, którego nie będziemy w stanie sfinansować. Minister Neumann nasze propozycje rozwiązań odrzucił argumentując, że nie jest w stanie oszacować kosztów. Ja też nie podpiszę umowy, w przypadku której nie jestem w stanie oszacować kosztów.

USG wszystkiego dedykowane POZ będzie wylaniem dziecka z kąpielą. Moim zdaniem, dużo lepsze jest zaproponowanie pakietu badań określonej grupie mężczyzn, z wykorzystaniem portalu, który już jest. Nie byłoby to kłopotliwe stworzenie programu. Powstaje tylko pytanie – kiedy? Kiedy państwo mogą coś takiego przygotować?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy są inne zgłoszenia ze strony zaproszonych gości? Bardzo proszę, pani prezes.

Prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych Elżbieta Puacz:

Elżbieta Puacz, Krajowa Izby Diagnostów Laboratoryjnych. My chcielibyśmy prosić o jeszcze jedną ważną rzecz, o której mówimy – witam serdecznie – a mianowicie, o określenie ilości środków przeznaczonych na diagnostykę laboratoryjną. Niestety, do tej pory nie ma określonej ilości środków przekazywanych lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej. Co gorsze, cały czas prosimy, walczymy i wielokrotnie już chcieliśmy wesprzeć Ministerstwo Zdrowia w zakresie wyceny badania laboratoryjnego, w którym określona jest dokładna jakość.

Pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia to wie, bo przekazaliśmy informacje zebrane z wojewódzkich ośrodków, z których wynika, jak niewielki procent środków był przeznaczony przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej na badania laboratoryjne. Nigdzie nie przekroczył 7%, nie mówiąc już o tym, że jest to najskuteczniejsza, najszybsza i najtańsza informacja o tym, co dzieje się jeszcze w fazie komórkowej u człowieka.

Bardzo bym prosiła, aby wziąć to pod uwagę we wszystkich państwa pakietach. Serdecznie dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Chciałbym tylko przypomnieć pani prezes, pani doktor, że rozmawiamy dzisiaj o urologii, a nie o medycynie rodzinnej. Nie rozmawiamy o... Tak, ale to à propos USG krtani czy czegokolwiek innego, bo również o tym pani mówiła. Ja jestem otwarty na dyskusję o tych problemach przy innej okazji. Teraz skoncentrujmy się i wróćmy do urologii.

Czy są inne zgłoszenia? Bardzo proszę.

Prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti" Anna Sarbak:

Anna Sarbak, Stowarzyszenie UroConti Osób z Nietrzymaniem Moczu. Mam kilka spraw, ale, panie przewodniczący, szanowni państwo, panie ministrze, panie prezesie, odniosę się tylko do państwa wypowiedzi.

W materiałach z Ministerstwa Zdrowia jest mowa o zespole pęcherza nadreaktywnego potwierdzonego badaniem urodynamicznym. Rozmawiamy już od dłuższego czasu o usunięciu tego zapisu. Pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia mówi, że wszystko można konsultować, oprzeć się na opinii społecznej, a my postulujemy jako Stowarzyszenie, żeby ten zapis uległ wykreśleniu. Opieramy się na opiniach ekspertów w tej sprawie – pana prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego, konsultanta krajowego w dziedzinie urologii i konsultanta krajowego w dziedzinie ginekologii. Żaden z tych ekspertów nie wnosił o taki wpis w rozporządzeniu. Mam więc pytanie do Ministerstwa Zdrowia, czy przedstawi nam jakąś propozycję rozwiązania tego problemu. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Nie widzę innych zgłoszeń. Bardzo proszę, pan przewodniczący Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Ja jeszcze mógłbym długo mówić, ale uważam, że powinniśmy już kończyć, bo są tu dwie strony. Strona Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia sprawia wrażenie, że wszystko jest dobrze, że wszystko jest robione dla dobra i w trosce o pacjenta, a życie realne i życie pacjenta nie są tak kolorowe jak się wydaje. W każdym razie, przepraszam za zdanie wtrącone w czasie pana wypowiedzi. Przepraszam.

Natomiast, chciałbym przypomnieć państwu dwa określenia misji – co to jest misja. Jest to wykonywanie wszelkich świadczeń zdrowotnych w oparciu, na najnowszej wiedzy medycznej, na najnowszej technologii przez doświadczony personel, w przyjaznych warunkach dla pracowników ochrony zdrowia, a przede wszystkim dla pacjentów. A jakość – w skrócie – to zadowolenie pacjenta.

W każdym razie, kiedy słyszę zapewnienia pana ministra i pana prezesa, że po ośmiu latach odkryliście eurekę i poszerzycie zakres badań zlecanych przez lekarza rodzinnego, podczas gdy u nas, w Zachodniopomorskim, już w 1995 r. lekarz rodzinny miał

cały zakres badań – był taki program pilotażowy... Wy po ośmiu latach skonstatowaliście, że to dobrze, że lekarz poszerza swój... Tylko, to jest kwestia pieniędzy, panie ministrze i panie prezesie. Lekarz rodzinny może wszystko zlecać, ale musi mieć na to pieniądze, a wy chcecie tylko realokować i alokować. Czyli, albo zabieracie z opieki specjalistycznej, albo ze szpitala, żeby alokować na poszerzenie kompetencji lekarza rodzinnego. Tak robicie. Chce mi pan powiedzieć, panie prezesie, że jeśli w 2010 r. cystoskopia kosztowała 1200 zł w szpitalu, a w 2013 r. 300 zł w szpitalu, to wyprowadzanie ich na zewnątrz jest w trosce o pacjenta, o oddziały czy o wykonanie badań. To w takim razie, panie ministrze, dlaczego, jeśli chodzi o „Narodowy program ochrony zdrowia psychicznego", nie wyprowadzacie tego do psychiatrii środowiskowej i cały czas włączacie do szpitala. Dlaczego nie wyprowadzacie tego tam, gdzie trzeba, w środowisko, w opiekę środowiskową, a z uporem godnym lepszej sprawy wchodzicie w psychiatrię azylową i szpitalną... Tak, ja wiem, ale, jeśli tak jest, to dlaczego tutaj wszystko wyprowadzacie na zewnątrz, i po takiej cenie – obniżce z 1200 zł na 192 zł. Oczywiście, wtedy będziecie realokować i alokować pieniądze.

Natomiast, panie ministrze, już krótko, w takim razie, jeśli dochodzimy do tego pakietu, powiedzieliście – od 1 stycznia 2015 r. 9 tygodni od momentu podejrzenia choroby nowotworowej do włączenia leczenia... 9 tygodni. Panie ministrze, w marcu-kwietniu prawdopodobnie przeegzaminujemy pana i cały resort – 9 tygodni od momentu podejrzenia choroby nowotworowej do momentu włączenia stosownego, nowoczesnego, innowacyjnego leczenia w chorobie nowotworowej. I tylko tyle, bo dłużej nie ma potrzeby. 9 tygodni – to będziemy bardzo jasno... Bo rzeczywiście, to jest dobre, tylko, czy to wykonacie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Bardzo dziękuję. Już zaczynam. Znowu padło dużo pytań do pana prezesa, ale ja szybko... Przepraszam pana posła Piontkowskiego – nie odpowiedziałem na te trzy pytania. Czy są wykorzystywane miejsca akredytacyjne? Rzeczywiście, jest olbrzymi problem po stronie województw ze wskazywaniem na potrzeby. To jest element, który nazywam reformą systemu konsultanckiego. Od kiedy pojawiła się nowa ustawa, pojawiły się nowe kadry. Ja też się zdziwiłem, bo kiedy uruchomiliśmy nowe specjalizacje, to nagle okazało się, że zgłoszeń z województwa było bardzo mało. Były takie województwa, gdzie – nie mówię tylko o urologii, ale, przepraszam, nie mam teraz w pamięci sytuacji – mimo stworzenia hipotetycznych miejsc... Bo zasada jest taka – na jednego specjalistę może być trzech specjalizantów. Jeśli tak przeliczy się te miejsca, to okazuje się, że w województwach jest po kilkadziesiąt miejsc, gdzie można się szkolić z zakresu urologii, na przykład, a konsultanci wojewódzcy nie zgłaszają potrzeby, albo zgłaszają ją wojewodzie na poziomie zero. Wojewoda zgłasza ministrowi zdrowia, a ten przekazuje w porozumieniu z konsultantem krajowym, i decyduje. I to jest sytuacja, która nam rzeczywiście bardzo utrudnia... Cieszy mnie fakt, że już widać efekty nowej ustawy. Po ręcznej interwencji ministra zdrowia na poziomie wojewodów, to się poprawia. Przyłożyliśmy dużą wagę do tego, żeby też zdjąć nierealne wymogi dotyczące wyposażenia, ilości operacji w miejscach, które prowadzą szkolenie. To jest trudna dyskusja, bo na jednej szali jest jakość kształcenia – o czym zapewne zaraz powie pan profesor – trzeba bowiem zapewnić specjalizantowi miejsce i warunki do tego, żeby nabył komplet kompetencji wymaganych w danym zawodzie specjalisty, a z drugiej strony, mamy świadomość tego – i my, wszyscy lekarze, mamy świadomość tego – że realna praktyka polskiego szkolenia wygląda nierzadko tak, szczególnie w dziedzinach zabiegowych, że specjalizanci stoją w drugim rzędzie za stołami operacyjnymi, zaglądając przez ramię, co nie daje gwarancji dobrego wykształcenia, choć w wybitnym ośrodku. Dlatego, niejako kompromisowo, podeszliśmy do tej kwestii tworząc nowe programy specjalizacji, gdzie minister zdrowia pozdejmował – jak mówię, w duchu kompromisu – te wymogi akredytacje praktycznie dla wszystkich specjalności, szczególnie zabiegowych. A kompromis – tu patrzę na pana profesora – polega na tym, że dwie strony odchodzą od stołu równie niezadowolone. I tak nam się udało, myślę. To jest dopiero pierwszy rok, więc liczymy na to, że będzie więcej tych miejsc.

Odnośnie do vacatio legis, o którym powiedział pan poseł, od roku mówimy o pakietach kolejkowym i onkologicznym. Oczywiście, gdybyśmy mówili od pięciu lat, szpitale miałyby więcej czasu, ale nie wiem, czy opinia publiczna, porządek społeczny, a szczególnie dynamika polityki wytrzymałyby pięcioletnie vacatio legis od momentu zapowiedzi przez pana premiera skrócenia kolejek, do momentu wdrożenia w praktyce tych zmian. Wydaje się, że ten rok intensywnej pracy był bardzo wyczerpujący i jestem przekonany, że to się uda.

Pytał pan poseł, czy te szpitale będą w stanie się utrzymać. Myślę, że to jest kwestia reorganizacji. W tej formie zapewne trzeba będzie zmienić strukturę udzielanych świadczeń. To jest to samo, co w onkologii. Jesteśmy jedynym krajem w Europie, który hospitalizuje 99% pacjentów w celu radioterapii. Jedynym w Europie, bo inne hospitalizują tylko na poziomie kilku procent, ponieważ takie są potrzeby społeczne.

Czy te szpitale po reformie będą w stanie się utrzymać w takim zakresie? Nie. Chodzi właśnie o to, żeby one musiały się zrestrukturyzować, bo my jako społeczeństwo, my jako Ministerstwo i my jako pacjenci nie chcemy takiej struktury bazy, jaką dzisiaj mamy, bo ona jest nieadekwatna do potrzeb zdrowotnych naszej populacji. Trzeba ją zmieniać produktami finansowymi, standardami, a w końcu wymuszać w ten sposób zmiany struktury organizacji udzielania świadczeń. Reszta pytań, jak rozumiem, znowu do pana prezesa Tuczapskiego.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak. Bardzo proszę, panie prezesie.

Zastępca prezesa NFZ Krzysztof Tuczapski:

Myślę, że na gros pytań pan minister juz odpowiedział, ale ustosunkuję się do pytania pana przewodniczącego. Oczywiście, panie przewodniczący, nie ma możliwości, żeby nie zapłacono za świadczenia, które zostały wykonane przez dany podmiot działalności leczniczej w ramach pakietu onkologicznego ani za potwierdzone rozpoznaniem onkologicznym.

A jeżeli chodzi o tworzenie tak zwanych budżetów tych oddziałów w szybkiej ścieżce leczenia onkologicznego, to my mniej więcej wiemy, ile u każdego świadczeniodawcy, czy w każdym regionie jest procedur typowo onkologicznych w danym zakresie, a ile jest procedur nieonkologicznych zabiegowych i niezabiegowych. Oczywiście, inne są struktury w dużym szpitalu klinicznym, gdzie jest klinika urologii – bo rozmawiamy dzisiaj o urologii – a inna jest, na przykład, w centrum onkologii, gdzie też jest jakiś oddział urologiczny. Te informacje posiadają dyrektorzy oddziałów wojewódzkich i w ten sposób tworzą teraz propozycje finansowe dla każdego świadczeniodawcy, że jest, na przykład, 30-40% tak zwanego pakietu skojarzonego, czyli tej szybkiej ścieżki onkologicznej, a 60-70% stanowi tak zwany pakiet pozaonkologiczny. Mniej więcej wiemy, że – załóżmy – jeśli dany oddział ma kontrakt roczny w wysokości 1 mln zł – to oczywiście bzdura, ale mówię to dla przykładu – to 300 tys. zł wydał w zeszłym roku na przypadki onokologiczne, a 700 tys. zł na przypadki nieonokologiczne. I propozycje finansowe w roku bieżącym są mniej więcej tak tworzone, z tym, że do pakietu skojarzonego, tego onkologicznego, dorzuciliśmy pieniądze dla każdego regionu poprzez algorytm.

Wiemy, że jest większa ściągalność składek, że w przyszłym roku budżet NFZ będzie wyższy relatywnie o 1,6 mld zł. Czyli, tutaj przerzucamy część pieniędzy, dodajemy do lekarza POZ w granicach 700-800 mln zł. I to jest nieprawda, że komuś zabieramy i alokujemy środki, bo wyliczyliśmy, ile kosztują badania, które lekarz podstawowej opieki zdrowotnej będzie mógł wykonywać czy zlecać w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Ten zakres badań wynosi około 350 mln zł. I nie będzie USG krtani, pani doktor. Nie popadajmy w takie dziwne... Pani doktor chyba uczestniczy w negocjacjach, więc wie, w jakim kierunku wszystko to idzie... Po co więc burzyć tutaj opinię społeczną? Czyli, tych 350 mln zł nie zabieramy z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej czy ze szpitali. Nie zabieramy – dokładamy. Czyli, te same badania będzie mógł robić lekarz w przychodni urologicznej, jak i w szpitalu. Dokładamy te pieniądze. Jeszcze raz podkreślam – nikomu nic nie zabieramy.

Panie przewodniczący, szanowni państwo, Wysoka Komisjo, my nie wiemy, czy to wszystko zadziała w 100-procentach od 1-2 stycznia. Oczywiście, będą pewne zgrzyty. Musimy się temu przypatrzyć – państwo jako lekarze, państwo jako politycy, my jako płatnik, pan minister jako organizator ochrony zdrowia. I jeszcze raz podkreślę – jeżeli coś trzeba będzie udoskonalić, zmieć, alokować, dofinansować, będziemy kompetentni, żeby rozmawiać z państwem posłami, żeby zmieniać prawo, bo nikt nie ustanowił doskonałego prawa oprócz tego, co jest nad nami. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Panie prezesie, żeby coś wynikło z tego naszego spotkania – bo mam poczucie, że do tej pory wynikło niewiele – chciałbym kilka rzeczy ustalić. Rozumiem, że kwestię wyceny państwo przekazują do AOTM – zresztą, zgodnie z ustawą – i będą się później do tego stosować w odpowiedniej wycenie punktowej. To à propos tego, co mówili panowie profesorowie.

I druga sprawa – też chciałbym mieć jasność w tym zakresie. Proszę wybaczyć, ale jednak trudno nie wyrazić pewnych obaw, że jeżeli są wykonywane różnego rodzaju zabiegi, na przykład, w klinice urologii, i co roku są nadwykonania, a będzie realizowany pakiet onkologiczny i będą przyjmowani pacjenci poza kolejką, poza limitem, w ramach tego pakietu onkologicznego, to już nie będę powtarzać tego, co mówiłem, co będzie w sytuacji, kiedy nie potwierdzimy tego rozpoznania. Przyjmijmy jednak, że traktujemy łącznie wszystkich tych, którzy tą ścieżką idą... Obawiam się – i myślę, że mówiąc to będę wyrazicielem obaw całego środowiska – zresztą nie dotyczy to tylko onkologii – że państwo zapłacą za te procedury onkologiczne być może w 100-procentach, natomiast okaże się, że zabraknie pieniędzy i zostanie to przesunięte – poniekąd te nadwykonania – to wszystko pozostałe. Klinika, oddział, działają według określonego planu. Planuje się przyjęcie pacjenta na jakiś zabieg nieonkologiczny, na przykład, na październik i nagle okaże się, że kontrakt wskutek pakietu onkologicznego, na który nie ma limitu – powtarzam to kolejny raz – zostanie wyczerpany, bo on zużyje całość. Nie mówimy przecież o centrach onkologii, tylko właśnie o tym, gdzie się łączy jedno z drugim. Nagle okaże się, że za coś, co było zaplanowane, nie będzie później zapłacone.

Ja bym jednak... Panie prezesie, poważnie się tego obawiam. Gdyby pan mógł coś jeszcze w tej sprawie powiedzieć jako prezes Narodowego Funduszu Zdrowia na koniec, to bardzo bym prosił... Pomijając to – przy okazji – że trzeba patrzeć, jakie rozporządzenia się pisze, żeby później nie było wątpliwości.

Zastępca prezesa NFZ Krzysztof Tuczapski:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, nadwykonania w ochronie zdrowia są i będą, bo nigdy nie ma tyle środków, żeby dla każdego na wszystko starczyło od razu. Niestety, taka jest rzeczywistość, i to nie tylko w Polsce, ale wszędzie. Tak samo, jak to, że było i są kolejki.

Chciałbym powiedzieć panu przewodniczącemu i Wysokiej Komisji, że każdy dyrektor oddziału wojewódzkiego ma taką pozycję w swoim planie budżetowym, jak koszty lat ubiegłych. Co to znaczy? To znaczy, że na drodze wyroków sądowych lub ugód, po zakończeniu danego okresu rozliczeniowego, w drodze negocjacji, może zapłacić za świadczenia wykonane ponad limit. Oczywiście, nie zapłaci w 100-procentach, bo takiej możliwości nie ma, proszę państwa. Po prostu nie ma takiej możliwości. Chcę jednak państwu zagwarantować, że świadczenia onkologiczne – takie dostali polecenie nie dzisiaj, nie wczoraj, nie przedwczoraj dyrektorzy oddziałów wojewódzkich – są świadczeniami priorytetowymi dla płatnika i dla Ministerstwa Zdrowia. I nie ma jednostki działalności leczniczej w zakresie lecznictwa szpitalnego, która by nie miała uregulowanej sytuacji finansowej za wykonane świadczenia onkologiczne – podkreślam, onkologiczne, czy to w ramach zapłaty nadlimitowych świadczeń, czy w ramach zawartych ugód pozasądowych, czy też ugód sądowych. Nie ma takiej jednostki w Polsce, która by nie miała uregulowanej sytuacji za wykonane świadczenia onkologiczne. Jak to się rozkłada w skali szpitala, przychodni, czy innej jednostki działalności leczniczej, to jest kwestia decyzji zarządu tej jednostki. To jest kwestia dyrekcji szpitala, zarządu spółki itd., itd.

Proszę państwa, jeszcze raz chcę podkreślić, że to, czy tych pieniędzy zabraknie, czy nie... Oczywiście nie dam za to swojej głowy ani ręki, a myślę, że pan przewodniczący tak samo, bo co nam życie przyniesie w przyszłym roku, trudno jest przewidzieć, ale realizując zamierzenia polityki zdrowotnej państwa, jak i kontroli wydatków przez płatnika publicznego, mając w perspektywie zwiększenie ściągalności składki i dochodów każdego obywatela, śmiem twierdzić, że tych pieniędzy będzie więcej. I znowu, tak jak w roku bieżącym, rezerwa Funduszu czy większa ściągalność składek zostanie drogą algorytmu przeznaczona na poszczególne regiony kraju, jak było teraz, na przełomie października i listopada. Oczywiście, szacunki są szacunkami, jak to w matematyce. W medycynie, jak państwo dobrze wiedzą, 2 plus 2 to nie zawsze jest 4. Nie możemy wszystkiego przewidzieć, ale po to jesteśmy, po to są te gremia, żeby dyskutować i ewentualne przypadki, do których może dojść, przedyskutowywać. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Zamykam posiedzenie Komisji.